

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

Т.В. Шмакова, Л.Т. Баранская, Н.Ф. Климусева

ВЛИЯНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Любая хроническая болезнь, независимо от её биологической природы, накладывает ограничения на привычную жизнедеятельность человека, изменяет его образ жизни. Подобная ситуация зачастую субъективно переживается как ситуация собственной несостоятельности, неспособности противостоять судьбе, вызывает чувство утраты связей с внешним миром. В результате снижается качество жизни¹ пациентов, психологически проявляющееся в развитии представлений о собственной некомпетентности, неспособности контролировать события своей жизни и быть ответственными за них, в ощущениях отверженности в отношениях со значимыми людьми.

Исходя из этого, была сформулирована гипотеза исследования: психологическая составляющая качества жизни у онкогематологических больных обусловлена динамикой личностно-смыслового уровня саморегуляции и мотивационными ресурсами реабилитационного потенциала².

Цель работы состояла в исследовании особенностей высшего смыслового уровня саморегуляции и мотивационных характеристик реабилитационного потенциала у онкогематологических больных.

Работа выполнена на базе отделений онкогематологии и неотложной кардиологии ОКБ №1 в апреле-мае 2008 г.

¹ Термин «качество жизни» в медицине предлагается в качестве дополнительного интегрального показателя оценки эффективности лечения и включает оценку физического, психологического и социального статуса больного.

² Психологический реабилитационный потенциал пациента (термин Ж.В. Порохиной [2]) – в дальнейшем ПРПП.

Для проверки гипотезы и достижения цели исследования были определены две группы испытуемых. Первая – основная группа, состояла из 16 пациентов обоего пола (7 мужчин и 9 женщин) с разными формами онкогематологических заболеваний (лимфома – 30,0%, острый миелобластный лейкоз – 30,0%, острый лимфобластный лейкоз – 30,0%, лимфогранулематоз – 10,0%); средний возраст $43,9 \pm 24,0$ года. Стаж заболевания, в среднем, 18 месяцев.

Вторая группа – контрольная, представлена 16-ю пациентами обоего пола (9 мужчин и 7 женщин) с диагнозом постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) вследствие ишемической болезни сердца (ИБС); средний возраст $54,3 \pm 17,0$ года. Стаж заболевания, в среднем, 10 месяцев.

Подбор контрольной группы обусловлен тем, что ПИКС также является тяжелым соматическим заболеванием с витальной угрозой, нарушающим психическое и социальное функционирование пациентов. В результате для сохранения прежнего уровня качества жизни они оказываются перед необходимостью пересмотреть жизненные ценности и смыслы, внести коррективы в свою жизнедеятельность в соответствии с новой ситуацией, научиться жить в новых, измененных болезнью условиях.

Группы также были уравнены по социальному статусу и уровню образования.

Нами использовался следующий психодиагностический инструментарий:

- клиническая беседа, направленная на исследование содержания эмоционального, интеллектуального и мотивационного компонентов ПРПП, с последующей оценкой по критериям, предложенным Ж.В. Порохиной.
- методика исследования уровня самооценки Дембо-Рубинштейн;
- Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ), для выявления уровня алекситимии – особого вида нарушений в эмоциональной, личностной и когнитивной сферах;
- госпитальная шкала тревоги и депрессии;

- опросник оценки пациентом социальной значимости болезни Сердюка;
- опросник Плутчика-Келлермана-Конте для исследования механизмов психологической защиты;
- копинг-тест Лазаруса для определения механизмов совладания со стрессом.

Выбор данного психодиагностического инструментария обусловлен необходимостью максимально полного изучения взаимосвязанных содержательных характеристик личностно-смыслового уровня саморегуляции и мотивационного компонента ПРПП.

Описание и обсуждение результатов исследования

I. *Клиническая беседа* позволила обнаружить некоторые феноменологические различия между двумя группами пациентов.

1. Так, если для *основной группы* пациентов характерны: амбивалентность в высказываниях по поводу эмоциональной оценки ситуации болезни; аффективность по отношению к родственникам и значимым близким; эмоциональная деструкция усилий, предпринимаемых по контролю за собственными чувствами; отнесение начала заболевания к хроническому нервно-психическому напряжению (на работе и/или в семье); преобладание мистического мышления над информированностью о заболевании; повышенная обидчивость, склонность к фиксации негативных эмоций; неверие в компетентность врачей и эффективность назначаемой терапии, то у пациентов контрольной группы отмечены: большая информированность о своем заболевании и стремление узнать о нем еще больше; отношение к заболеванию как к событию, произошедшему по собственной вине (из-за неправильного образа жизни и невнимания к своему здоровью); повышенная эмоциональность и агрессивность в конфликтных ситуациях; нежелание быть слабыми или зависимыми от окружающих, чувствовать себя инвалидами; большее доверие врачам; адекватные эмоциональные реакции в ходе клинической беседы.

Данные наблюдения подтверждают положение А.Ш. Тхостова о том, что для онкологических пациентов характерно искажение оценки объективной симптоматики в виде «просеивания» информации, повышающей степень ее неопределенности [3]. Это касается, прежде всего, информации негативного характера и проявляется в самых разнообразных формах: от рассуждений о том, что их диагноз очень трудно установить, до сомнений в компетентности врачей, предложивших им конкретные методы лечения [4].

2. Несмотря на то, что 83,0% пациентов в обеих группах на вопрос «Пересмотрели ли вы что-нибудь в своей жизни в связи с заболеванием?», ответили, что им «захотелось жить», на тематически связанный с ним вопрос «Что изменилось в Вашей жизни с момента заболевания?», ответили иначе. Большинство полученных ответов были: «не знаю», «ничего не изменилось», «я ничего не заметил», что свидетельствует о нежелании размышлять над сложившейся ситуацией и неумении выражать свои чувства по этому поводу. Именно это отражено как в результатах ТАШ, так и в выявленных ведущих механизмах психологических защит. По данным ТАШ, у пациентов *основной группы* средний показатель – 70,25 баллов, у пациентов *контрольной группы* – 72,42 балла (различия статистически недостоверны $p \geq 0,63$). Это свидетельствует, с одной стороны, о ведущей роли мотива сохранения жизни, однако, с другой, – об отсутствии стратегий, позволяющих действовать в соответствии с данным мотивом в сложной жизненной ситуации. Данное противоречие отражает высокий уровень аффективной напряженности психической жизни пациентов и проявляется в преобладании механизма отрицания (согласно профилю «Индекса жизненного стиля» Плутчика – Келлермана – Конте), являющегося психопатологической защитной реакцией.

3. На вопрос: «Какие качества Вы цените в себе и других людях?» пациенты из *основной* и *контрольной* группы дали разные ответы. Для *основной группы* особую ценность представляют следующие качества: в других людях – порядочность (84,0%), отзывчивость (62,0%), честность (62,0%), верность (42,0%); в самих себе – ответственность (92,0%), сдержанность (62,0%), отзывчивость (62,0%), верность

(42,0%), порядочность (52,0%). При этом, респонденты могут длительное время рассуждать о своей ответственности и порядочности, приводя множество примеров из личной биографии.

Пациенты *контрольной группы* ценят в других людях – доброту (92,0%), отзывчивость (62,0%), понимание (54,0%), искренность (42,0%); в самих себе – также доброту (92,0%) и отзывчивость (53,0%). Отметим, что определение своих положительных качеств связано для них с немалыми трудностями. Они утверждают, что «не любят себя хвалить», «не знают, что сказать», что «это пусть лучше другие говорят, им виднее». Иными словами, налицо сходство собственных предпочитаемых личностных качеств с предпочитаемыми личностными качествами окружающих. В этом, на наш взгляд, проявляется механизм *проективной идентификации*, отражающий эндогенную тревогу, связанную с невозможностью признать собственную уникальность иным способом.

4. По поводу того, «Как Вы ведете себя в ситуациях межличностных конфликтов?» также получены различные ответы в *основной* и *контрольной* группе. В *основной группе*, состоящей из пациентов с разными формами онкогематологических заболеваний, в большинстве ответов указывается на преобладающее сдержанное поведение, в то время как в *контрольной группе*, напротив, сообщается о своей эмоциональности и агрессивности в конфликтных ситуациях. Пациенты долго и обстоятельно рассказывают о драках и «потасовках», участниками которых они были. Это вполне согласуется с выявленным у них по тесту Лазаруса высоким уровнем конфронтативного поведения.

5. Ответы на вопросы о планах на ближайшее будущее у пациентов *основной группы* демонстрируют неопределенность будущего, укороченность временной перспективы, отсутствие долгосрочного планирования («основной план сейчас – выздороветь»). Данный феномен также наблюдается и в *контрольной группе*, что, в целом, свидетельствует о характерных для обеих групп пациентов механизмах аутоинфантилизации и аутоинвалидации.

6. Пациенты каждой из групп отличаются и при обсуждении вопросов, связанных с отношением семьи к

заболевшему ее члену. В основной группе рассказывают о том, что они благодарны своей семье, за оказываемую эмоциональную поддержку (74,0%), но, в то же время, жалуются на невнимательность и бессердечность членов семьи (46,0%); сообщают о чувстве вины перед семьей, считают себя «обузой» (20,0%). Это отражается в завышенных показателях тревожности и депрессии, также свидетельствующих об аффективной напряженности пациентов. В то же время, пациенты контрольной группы сообщают о том, что хотя поддержка семьи для них важна, они не хотят, чтобы их считали «инвалидами», «злятся, когда их начинают беречь». Однако, несмотря на выявленные различия, отношение пациентов обеих групп к семье, близким родственникам во многом совпадает, центральным в нем являются тревожные мысли о благополучии семьи.

II. Во время проведения клинической беседы была отмечена значительная разница между пациентами рассматриваемых групп, обусловленная их целевыми установками на преодоление болезни и ее последствий.

1. Пациентов *основной группы* можно условно разделить на две категории: инфантильных и сдержанных. Для *инфантильных пациентов* (40,0%) характерно стремление уклониться от принятия важных решений, упростить сложившуюся ситуацию, «не загружать голову тяжелыми мыслями». Специфическими признаками такой инфантильности являются снижение и «приглушенность» эмоционального реагирования на события, представляющие собой объективную угрозу «душевному комфорту», и, в определенной степени, ошибки внимания, свидетельствующие о дефицитности рационального восприятия. Е.К. Краснушкин полагает, что такие признаки отражают преморбидные личностные характеристики и не являются следствием болезни [1]. Инфантильность пациентов данной группы подтверждается характерными для них психологическими защитами (профиль «Индекса жизненного стиля» Плутчика – Келлермана – Конте»). В рассматриваемом профиле высокий уровень гиперкомпенсации (0,60) в условиях болезни обеспечивается привлечением дополнительных чрезмерно затратных психологических ресурсов (непрерывное аффективное

реагирование), что снижает адаптационные возможности личности.

Для *сдержанных пациентов* (60,0%), напротив, характерна отстраненность, пассивность, замкнутость, обедненность эмоциональной сферы. Иными словами, речь идет о феномене *зжатости аффекта* как основном паттерне эмоциональной жизни онкологических больных, который подтвержден нами при исследовании уровня алекситимии (ТАШ). У пациентов данной группы выявлен клинически выраженный уровень алекситимии – от 75,3 баллов и выше (при норме 62 балла). Такая патология эмоциональной сферы приводит к искажениям в процессе целевой регуляции деятельности и влияет на особенности мотивационно-смысловой сферы личности в целом. Это проявляется в ее сужении до единственного мотива – мотива сохранения жизни.

2. Целевые установки пациентов *контрольной группы* более адекватны и соответствуют сложившимся в обществе стереотипам отношения к кардиопатологии с витальной угрозой. Показатели также повышенного уровня алекситимии у пациентов данной группы располагаются в диапазоне от нормы до 72,4 баллов. По нашему мнению, это обусловлено в большей степени преморбидными личностными характеристиками, например, такими, как выраженная социальная направленность.

На вопрос «Чем для вас является болезнь?» в *обеих группах* получено примерно равное распределение ответов участников обследования: трагедия – 50,0%; шок – 20,0%; проблема, которую надо решать – 30,0%. Такие ответы в значительной мере отражают эмоциональный тип реагирования на стрессовую ситуацию и свидетельствуют об аффективно-когнитивном дисбалансе, снижающем психологическую адаптивную активность личности при нарушениях привычного жизненного уклада.

III. При оценке уровня *психологического реабилитационного потенциала пациентов* мы руководствовались качественными критериями, разработанными Ж.В. Порохиной [2]. Согласно этим критериям, ПРПП оценивается комплексно, по содержанию, состоящему из трех компонентов – эмоционального,

интеллектуального и мотивационного, и уровню их развития – низкому, удовлетворительному и высокому.

В целом, ПРПП пациентов *основной группы*, отличается от ПРПП контрольной группы. В *основной группе* у 73,0% пациентов ПРПП является низким, причем снижение происходит за счет интеллектуального компонента ПРПП, понимаемого как когнитивная рациональная оценка заболевания. Поскольку объективная информация о своем заболевании для таких пациентов является травмирующей, то процесс ее осознания блокируется такими защитными механизмами, как *избегание, отрицание и компенсация* ($p \leq 0,01$)³. В результате недостаток достоверной информации затрудняет выработку рациональной стратегии поведения в ситуации болезни и приводит к снижению эффективности психологической составляющей процесса реабилитации таких пациентов.

Таблица 1

Уровни психологического реабилитационного
потенциала пациентов

Уровни ПРПП	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Высокий	9	33
Удовлетворительный	18	30
Низкий	72	27

В табл. 1 отражено, что для 63,0%⁴ пациентов *контрольной группы* характерен более высокий уровень ПРПП, по сравнению с пациентами *основной группы*. Низкие показатели ПРПП в *основной группе* обусловлены снижением эмоционального и мотивационного компонентов (табл. 2).

Таблица 2

Показатели влияния содержательных компонентов ПРПП на
уровень его развития

Содержательные компоненты ПРПП	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Эмоциональный	13	44

³ Отрицательная корреляция между рациональной оценкой заболевания пациентами данной группы и частотой использования ими механизмов *избегание, отрицание, компенсация*.

⁴ Сумма высокого и удовлетворительного уровней ПРПП контрольной группы.

Интеллектуальный	84	19
Мотивационный	3	27

Эти результаты подтверждаются данными клинической беседы, в ходе которой пациенты демонстрируют хорошую осведомленность о своем заболевании, но имеют слабо выраженный самоконтроль, повышенную конфликтность и склонность к конфронтации (по результатам теста Лазаруса). Преобладающее у них аффективное реагирование на значимые события жизни неблагоприятным образом сказывается на успешности в разрешении трудных ситуаций. Незрелость высшего уровня саморегуляции и выраженная алекситимия, препятствуют осознанию мотивов деятельности, направленной на реабилитацию, что в итоге приводит к нарушению социального функционирования.

IV. Исследование уровня самооценки и характера притязаний у пациентов основной и контрольной группы осуществлялось на основе сравнения данных показателей со средне нормативными. По методике Дембо – Рубинштейн показатели адекватной, реалистичной самооценки расположены в интервале от 45 до 74 баллов. Оптимальными показателями уровня притязаний являются 75-89 баллов. Корреляция показателей самооценки и уровня притязаний позволяет выявить уровень развития самосознания у пациентов, который высоко коррелирует с уровнем саморегуляции, а также охарактеризовать самооценку, являющуюся стержнем процесса саморегуляции, определяет его направленность и выбор средств его осуществления (табл. 3).

Таблица 3

Соотношение показателей самооценки и уровня притязаний
(в баллах)

Параметры	Основная группа		Контрольная группа	
	Самооценка	Уровень притязаний	Самооценка	Уровень притязаний
Ум	54,2	65,5	58,5	70,8
Характер	55,8	68,2	66,8	68,1
Счастье	67,4	73,8	51,2	63,2
Здоровье	32,2	71,9	41,0	62,6

Пациенты *основной группы*, как правило, делали отметку на шкале здоровья близко к середине. При этом они указывали, что не считают себя ни самыми здоровыми, ни самыми больными: «пусть так будет», «пускай улучшится». Это свидетельствует, на наш взгляд, о нереалистичности пациентов в актуальном восприятии своего заболевания и подтверждается особенностью обозначения на шкале уровня здоровья в дальнейшем, после выписки из стационара (диапазон изменений сдвинут вверх, к более высоким оценкам).

В целом, «здоровье» выделено из общей самооценки и практически не связано с динамикой показателей по другим параметрам. Так же фрагментарно смысл здоровья представлен в самосознании пациентов *основной группы*. Пациенты объясняют высокую оценку своего здоровья в настоящий момент либо сравнением себя с другими больными: «Но ведь по сравнению с другими я себя хорошо чувствую, сам хожу, себя обслуживаю», либо обращением к прошлому опыту: «А раньше вообще здоровым был». Хорошее здоровье понимается как отсутствие болезни, шкала из двухвекторной превращается в одновекторную, при этом болезнь понимается как нарушение какой-либо конкретной функции, как отдельный симптом. Данный феномен обозначен А.Ш. Тхостовым как «*сдвиг субъективного нуля*», субъективное изменение содержания эталона здоровья [3], который является основным психологическим механизмом, обеспечивающим перестройку внутренней картины болезни у онкологических больных и препятствующим переосмыслению витального риска.

В *контрольной группе* отмечается меньший разброс показателей, расположенных между средним уровнем самооценки и средним уровнем притязаний (41 и 62,64 соответственно). В то же время, у пациентов данной группы также наблюдается недооценка тяжести своего состояния, несмотря на наличие в анамнезе перенесенного обширного инфаркта, а в некоторых случаях – и клинической смерти, что является проявлением анозогнозии.

Для пациентов обеих групп характерен достаточно высокий уровень общей удовлетворенности – высокие показатели по шкале «счастье». Однако ни один из них не ощущает себя абсолютно счастливым. Причины этого, по

словам самих пациентов, кроются в сложившихся обстоятельствах, связанных с болезнью, которые мешают ощущению полноты счастья. Таким образом, пациенты *обеих групп* склонны приписывать причины неудач и трудностей в своей жизни внешним силам, а не результатам собственной деятельности. Ранее мы показали это при описании нарушенных когнитивных механизмов рефлексии и саморегуляции.

Важно отметить отсутствие корреляции между параметрами «счастье» и «здоровье» в *обеих группах*, что также является проявлением анозогнозии. Счастье для больных проявляется в благополучии детей, в наличии семьи как таковой, в ощущении «нужности» кому-то. Лишь 16,0% пациентов (из двух обследованных нами групп), раскрывая понятие счастья, упомянули о его связи со здоровьем. Также пациенты *обеих групп* ожидают в будущем улучшения характера и большего счастья, но весьма смутно представляют, за счет чего произойдут такие изменения.

Попарное сравнение параметров самооценки: ум и счастье, счастье и характер, характер и здоровье по критерию Манна-Уитни показало, что для пациентов *основной группы* характерна несопоставимость «здоровья» с остальными параметрами. Таким образом, здоровье приобретает характер «субъективной неуправляемости». У пациентов *контрольной группы* параметр самооценки «ум» не сопоставим с параметром «счастье», а также самооценка по шкале «здоровье» отрицательно коррелирует с уровнем тревожности по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии, что свидетельствует о свойственной им эмоциональной деструкции когнитивных процессов.

При этом у *обеих групп*, самооценка занижена только по параметру «здоровье»: 32,2 – в *основной группе* и 41,0 – в *контрольной группе* (норматив – 45-74 балла), что говорит об его особой значимости для пациентов. Другие параметры самооценки оцениваются реалистично.

V. Исследование алекситимии и уровня общей тревоги позволяет говорить о наличии клинически выраженной алекситимии у пациентов *основной группы* (75,3 балла, при норме не более 62 баллов) и субклинической – у пациентов *контрольной группы* (72,4 балла).

Также выявлен субклинический уровень тревоги у пациентов *обеих групп* (8,67 балла), при отсутствии достоверно выраженных симптомов депрессии.

VI. По результатам самооценки социальной значимости болезни, пациенты *обеих групп* считают, что заболевание ограничивает возможности карьерного роста, наносит материальный ущерб самому пациенту и его семье, ограничивает силы, сужает вариативность способов свободного времяпрепровождения и отдыха. Болезнь рассматривается как преграда в достижении перечисленных личностных ценностей, иерархия которых, однако, остается прежней, не переструктурируется в соответствии с новой жизненной ситуацией и необходимостью построить адекватную жизненную перспективу.

VII. Исследование механизмов психологической защиты показало, что пациенты *основной группы* используют преимущественно следующие психологические защиты: проекцию, рационализацию, отрицание, гиперкомпенсацию, образующие четыре вершины профиля напряженности. В то время, как у пациентов контрольной группы – профиль более сглаженный, за исключением выдающегося пика, образованного «проекцией» (табл. 4).

Таблица 4

Уровень напряженности наиболее используемых пациентами психологических защит в различных жизненных ситуациях (в условных единицах)

Психологические защиты	Основная группа	Контрольная группа
Вытеснение	0,38	0,36
Регрессия	0,25	0,35
Замещение	0,11	0,23
Отрицание	0,57	0,45
Проекция	0,62	0,64
Компенсация	0,32	0,23
Гиперкомпенсация	0,43	0,32
Рационализация	0,58	0,48

Для *обеих групп* характерна высокая напряженность как наиболее деструктивных механизмов (проекция, отрицание) психологической защиты, так и конструктивных (рационализация). По критерию Спирмена, обнаружена статистически значимая корреляция между показателями напряженности проекции и рационализации в основной группе, что свидетельствует о склонности пациентов основной группы рационализировать противоречивую информацию о болезни путем искажения ее смысла в соответствии с собственным субъективным толкованием дискурса. Это лишает информацию внутренней конфликтности, но искажает восприятие реальности, создает иллюзорную завершенность субъективной картины мира у пациентов. При столкновении с действительностью непереносимый аффект разрешается при помощи механизма отрицания. В сочетании с высоким уровнем алекситимии это позволяет говорить об анозогнозичности данной категории пациентов [5] и неспособности принимать на себя ответственность за состояние здоровья. В целом, использование примитивных психологических защит пациентами *основной группы* напоминает защитные феномены при пограничной личностной организации.

VIII. Пациенты *обеих групп* используют в основном конструктивные и, относящиеся к конструктивным, механизмы совладания с трудной ситуацией (копинг-стратегии), такие как самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, планирование (табл. 5).

Таблица 5

Копинг-стратегии, используемые пациентами в трудных жизненных ситуациях (по частоте встречаемости)

Копинг-стратегии	Основная группа (проценты)	Контрольная группа (проценты)
Конфронтация	43,52	54,63
Дистанцирование	55,56	53,70
Самоконтроль	63,49	63,49
Поиск социальной поддержки	66,67	65,28
Принятие ответственности	63,19	65,28

Избегание	51,74	49,31
Планирование	68,06	62,04
Положительная переоценка	57,14	48,41

Вообще, использование конструктивных копинг-стратегий способствует совладанию с трудной жизненной ситуацией, в том числе, с болезнью, и повышает реабилитационный потенциал пациентов. Однако, несмотря на высокие показатели по шкале «поиск социальной поддержки», пациенты основной группы имеют весьма расплывчатые представления о характере своего заболевания, избегают поиска информации относительно особенностей его лечения и протекания. Вероятно, это связано с низким уровнем использования пациентами конфронтативного копинга (43,52%) и высоким уровнем использования «положительной переоценки». Более того, положительная переоценка у пациентов данной группы высоко коррелирует с высоким уровнем напряженности таких психологических защит, как отрицание и компенсация. Это объясняется недостаточно развитой у них способностью к рефлексии событий, переживаний и ощущений, связанных с болезнью, а также склонностью к позитивной переоценке того, что аффективно значимо, приукрашиванию как способу своеобразной адаптации в трудных ситуациях.

Значимые различия между группами (U – критерий Манна-Уитни для $p=0,05$) обнаружены по показателю конфронтации. Большая склонность прибегать к такой копинг-стратегии характерна для пациентов *контрольной группы*, что подтверждает приведенные выше данные клинической беседы. Можно предположить, что именно этим обусловлена большая осведомленность пациентов данной группы об особенностях своего заболевания. Кроме того, для пациентов *контрольной группы* характерна высокая корреляция конфронтации с уровнем напряженности защитного механизма «гиперкомпенсация», что лежит в основе расщепления, характерного для лиц с пограничной личностной организацией.

Обобщение полученных данных позволяет сделать следующие выводы.

ПРПП у онкогематологических пациентов – *основная группа* – снижен за счет *когнитивного* компонента. Им свойственно тщательно контролируемое нежелание получать информацию о своем заболевании, вера в мифы и «чудесные выздоровления», сомнения в компетентности врачей и эффективности назначаемого ими лечения. Наличие алекситимии (как следствие неразвитой рефлексии), преобладание таких механизмов психологической защиты, как вытеснение, отрицание, проекция и использование в качестве копинг-стратегий дистанцирования, положительной переоценки, избегания препятствуют осуществлению эффективной саморегуляции в ситуации болезни. Когнитивные искажения блокируют процесс целеполагания, то есть формирования активной позиции в отношении своего здоровья. Целеполагание является важным этапом в построении осмысленных перспектив будущей жизнедеятельности субъекта. В отличие от целеполагания, целесообразность (желание просто вылечиться) не предусматривает постановку дальних перспектив. Поэтому болезнь не становится для таких пациентов своего рода побудителем к развитию и совершенствованию личности. По сравнению с *контрольной группой*, пациенты в большей степени используют в качестве психологических защит компенсацию, гиперкомпенсацию, рационализацию, что можно интерпретировать как демонстрацию социально желательных форм поведения, стремление выглядеть не просто нормальными, но гипернормальными. Использование таких защитных механизмов ведет к нарушению процесса осознания происходящего и затрудняет процесс саморегуляции.

Пациенты *контрольной группы* – отделения неотложной кардиологии – имеют высокий и удовлетворительный уровень психологического реабилитационного потенциала, снижение обусловлено *эмоциональным компонентом* ПРПП. У пациентов с диагнозом инфаркт миокарда в анамнезе наблюдаются выраженные аффективно-агрессивные реакции, подтвержденные данными клинической беседы, наличием субклинически выраженной алекситимии, особенностями поведения в конфликтных ситуациях; отмечено также

использование психологических защит низшего порядка – регрессии, отрицания, проекции. Пациенты *контрольной группы* больше, чем пациенты основной группы склонны к конфронтации, что можно объяснить большей склонностью к конфликтному разрешению сложных жизненных ситуаций, аффективными способам регулирования общения и поведения.

Проблема собственного здоровья аффективно значима для пациентов *обеих групп*. Однако имеются некоторые различия между уровнем самооценки и уровнем притязаний, больше выраженные у пациентов *основной группы*. Несмотря на оценку своего здоровья «ниже среднего», испытуемые основной группы надеются после выписки из стационара и последующей реабилитации восстановить прежний уровень здоровья (до начала заболевания). Корреляция между параметрами «счастье» и «здоровье» в обеих группах отсутствует. Такое восприятие своего здоровья, как чего-то отдельного от себя, придает ему статус «субъективной неуправляемости», что подтверждается данными клинической беседы, больные не пытаются изменить что-то в нынешней ситуации, а ждут этого от других людей и обстоятельств.

Известно, что любая ситуация нервно-психического напряжения актуализирует психологические защиты, способные предотвратить дезадаптацию человека. Отрицание реальности, вытеснение (забывание негативной, травмирующей информации), рационализация (содержание информации трактуется с «выгодой» для себя), проекция (приписывание другим людям своих психических комплексов и побуждений, своего рода когнитивное искажение реальности) – психологические защитные механизмы, которые свойственны пациентам в преморбиде, поскольку обусловлены особенностями личностной организации. Также к преморбидным характеристикам относится алекситимия.

Ситуация болезни, в случае неразвитых механизмов саморегуляции и неспособности к целеполагающей деятельности, нарушает психологическое равновесие и социальное функционирование, что подтверждается самооценкой социальной значимости болезни и субклиническим уровнем тревоги в *обеих группах* испытуемых.

Таким образом, у онкогематологических больных имеются нарушения саморегуляции, которые снижают качество жизни и психологический реабилитационный потенциал; у больных, перенесших инфаркт миокарда, также имеются нарушения саморегуляции. Различия обусловлены компонентами ПРПП. Особенности когнитивного стиля (аффективно-когнитивный дисбаланс), приводят к нарушениям саморегуляции, что, в свою очередь, снижает качество жизни пациентов. Пациенты, участвующие в исследовании, имеют нерациональные способы переработки стрессов и конфликтов. У онкогематологических больных отсутствует должная информированность в отношении своего заболевания.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы при разработке психотерапевтических и реабилитационных программ для работы с онкогематологическими и инфарктными больными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Краснушкин, Е.К.* О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях // Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1950.
2. *Порохина, Ж.В.* Психологический реабилитационный потенциал инвалида (на примере больных с ишемической болезнью сердца): Дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.
3. *Тхостов, А.Ш., Степанович, Д.А.* Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки. // Вопросы психологии, 1987, № 2. С. 128-133.
4. *Тхостов, А.Ш.* Осознавание заболевания у онкологических больных. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1984. Вып. 12. С. 1839-1844.
5. *Тхостов, А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002.